

自 检 表

姓名		性 别		出生年月		照 片	
民族		婚姻状况		籍 贯			
文化程度		联系电话					
所学专业		工作单位 (毕业院校)					
岗位名称				身份证号			
<p>请本人如实详细填写下列项目 (在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负)</p>							
病名	有	无	治愈时间	病名	有	无	治愈时间
高血压病				糖尿病			
心脏病				甲亢			
支气管扩张				神经官能症			
支气管哮喘				吸毒史			
神经系统疾病				严重消化系统疾病			
精神病				结核病			
癫痫				性病			
胰腺疾病				恶性肿瘤			
急慢性肾炎				手术史			
急慢性肝炎				严重外伤史			
结缔组织病				其他			
备 注	手术史须如实填写，如阑尾炎手术、疝气手术、剖宫产手术等。						
受检者签字按手印：				体检日期： 2024 年 7 月 10 日			

体检须知

为了准确反映受检者身体的真实状况，请注意以下事项：

1. 均应到指定医院进行体检，其它医疗单位的检查结果一律无效。

2. 严禁弄虚作假、冒名顶替；如隐瞒病史影响体检结果的，后果自负。

3. 本表由受检者本人填写（用黑色签字笔或钢笔），要求字迹清楚，无涂改，病史部分要如实、逐项填齐，不能遗漏。

4. 体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。

5. 体检当天需进行采血、B超等检查，请在受检前禁食8-12小时。

6. 怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做X光检查。

7. 请配合医生认真检查所有项目，勿漏检。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的聘用。

8. 体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。

9. 如对体检结果有异议，按有关规定办理。